

深儿医科教发〔2019〕16号

|  |
| --- |
|  |

关于修订论文投稿审批流程的通知

各科室：

为规范论文投稿程序，加强学术诚信建设，现修订投稿审批流程。经咨询学术委员会，同意通过。详见附件，请即日起遵照执行。

附件：1.深圳市儿童医院投稿审批流程

2.深圳市儿童医院投稿审批表及介绍信



深圳市儿童医院科教科

2019年6月27日

深圳市儿童医院科教科 2019年6月27日印发

附件1 **深圳市儿童医院投稿审批流程**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SZCH** | **程序文件** | | **编号** | **SZCH-QP-39** |
| **论文投稿审批流程** | | **版号** | **A/1** |
| **发布日期** | **2019.6.27** | **生效日期** | **2019.6.27** |

第一作者请提供：

1. OA科教科知识地图下载填写《论文投稿介绍信及审批表》和杂志社规定的介绍信模板；

2.论文全文；

3. 查重率≤15%，查重报告（以高校或市级以上医学情报机构或CNKI、万方、维普等数据库为准）；或按杂志更低查重率。

4. 2017年1月及以后立项课题产出论文，提供课题合同书封面及伦理审查批件复印件；

5. 凡涉及人的生物医学研究需符合伦理原则并提交伦理报告复印件；

6. 以《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》及我院相关规定申报并获得伦理审查批件

通讯作者/导师审核并签署审批意见（限5个工作日完成）文责自负

科教科审核并签署审批意见（限5个工作日完成）

可能会根据论文材料与方法部分内容 要求作者提供相应的支持材料

科教科留存审批表、介绍信存根、论文全文、查重报告、课题合同书封面复印件及伦理审查批件复印件等材料，以作备案，不予退还。发表者寄走介绍信。

注：1. 《论文投稿介绍信及审批表》和期刊杂志规定的介绍信模板需所有作者亲笔签名，不得空白、冒签、代签。

2. 若稿件涉及他人研究或实验数据等，请提前征得对方同意，并在署名或文中体现，若有纠纷将追查。

V HZ 2019-6-27

附件2  **深圳市儿童医院论文投稿介绍信存根**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_同志撰写的论文\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，经医院科教科审批同意投\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_杂志社。

年 月 日

-----------------------------------------------------------------------------

**深圳市儿童医院论文投稿介绍信**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_杂志社：

我院­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_等\_\_\_\_\_位同志撰写的论文\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_一文，经医院科教科审批同意投稿。（本人保证资料真实、无抄袭、无一稿多投、不涉及保密、署名无争议）请贵社受理该稿件为感。

深圳市儿童医院科教科

年 月 日

**深圳市儿童医院论文投稿审批表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 投稿时间 | 年 月 日 | 科别 |  |
| 投稿文题 |  | | |
| 杂志名称 |  | | |
| 保证声明  第一作者填写 | 本人保证资料真实、无抄袭、无一稿多投、不涉及保密、署名无争议，未侵犯他人数据及资料的权利。 请第一作者提交查重率报告。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 数据来源 | 临床工作数据 | |  | | 项目临床研究专有数据 |  | 项目实验研究专有数据 |  | 查重率<15%,或按杂志更低、 | | 请勾选 |  | |  |  | | 项目名称：（或填写无） | | | | | | | | |  | | 基金级别国家/省/市/ | |  | | 基金编号（或填写无） | | | | | |   撰稿人及成员签名： | | |
| 通讯作者/导师意见  （限5个工作日完成） | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **确认 文责自负 是否同意投稿** | | 是 |  | |  | 否 | |  | | |  | | | | | | | | | | | 通讯作者  全部单位 |  | | | 是否为在职 读学历学位的毕业论文 | | | 是 | |  | | 否 | |  |   不同意投稿，请阐明原由：  通讯作者/导师签字： 年 月 日 | | |
| 科教科  意见  （限5个工作日完成） | 可能会按论文材料方法部分要求作者补充提供相应的支持材料，或征求相应专家意见   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 是否同意投稿 | 是 |  |  | 否 |  |   不同意，请阐明理由：  科室负责人签字： 年 月 日 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 临床工作数据 | 为来源我院病案系统、PACS、检验、病理等系统，且该数据为临床的日常工作产生和付费支持的 |
| 临床研究专有数据或实验研究专有数据： | 由项目经费支持产生临床或研究数据，或项目组额外劳动产生且为临床日常工作项目之外的数据  V HZ 2019-6-27 |
| 原则 | 署名体现尊重他人劳动，尊重知识产权，保护我院知识产权原则，在职在读学历学位者需与我院签订相应协议 |